

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案 巡迴醫療服務計畫申請書

附件3-1

保險人分區業務組： 分區

填表日期： 年 月 日

基本資料	診所/醫院名稱		聯絡電話	()																	
	診所/醫院代號		負責醫師姓名																		
	郵遞區號		聯絡地址																		
	申請服務地區	縣市 鄉鎮(市/區) 村(里)															分級：				
申請服務內容	申請項目：																				
	1.醫事人員										診所(衛生所)/醫院										印
	巡迴醫師科別：																				
	巡迴醫師姓名：																				
	巡迴護理人員姓名：										執業醫師簽名：										
	巡迴藥事人員姓名：																				
	2.巡迴服務時間 (請填寫時數)：共 小時/週																				
	星期一			星期二			星期三			星期四			星期五			星期六			星期日		
	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間
村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	
(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	
分區業務組意見：																					
<input type="checkbox"/> 同意																					
<input type="checkbox"/> 申請日前2年未涉有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第38條至40條所列違規情事。 <input type="checkbox"/> 前一年度執行本方案且達到平均每診次5人以上 (診療人次計算不含預防保健、戒菸案件)。 <input type="checkbox"/> 計畫書內容符合方案需求																					
<input type="checkbox"/> 不同意，原因：																					
申請通過日期：																					
年 月 日																					
申請通過函號：																					
審核情形																					